

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia Instituut

Geia Randma

**GENERALISEERUNUD ÄREVUSHÄIRE (F41.1) DIAGNOOSIMISE JA RAVI
KOOSKÕLA RAVIJUHENDIGA TÄISKASVANUTEL EESTI PEREARSTIDE NÄITEL**
Uurimistöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs

Läbiv pealkiri: GÄH ravi perearstide näitel

Tartu 2018

**Generaliseerunud ärevushäire (F41.1) diagnoosimise ja ravi kooskõla ravijuhendiga
täiskasvanutel Eesti perearstide näitel**

LÜHIKOKKUVÕTE

Antud töös uuriti kuidas Eesti perearstid rakendavad GÄH-i ravijuhendi praktikaid – diagnoosimine, raviplaan, ravi hindamine ning milliseid ravimeid kirjutatakse välja enim GÄH-i puhul Eesti perearstide poolt. Meetodina kasutati uurimustöö autori koostatud küsitlust ning tehti Eesti Haigekassast päring F40 ja F41.1 diagnoosiga patsientidele väljakirjutatud ravimite kohta 2010-2016. aastatel peremeditsiinis. Internetis läbiviidud küsitluses osales 110 perearsti üle Eesti, kes vastasid RHK-10 alusel koostatud hüpoteetilise F41.1 diagnoosiga inimese kaasuse põhjal küsimustele. Kokkuvõttes toimusid küsitluses osalenud perearstid osalt ravijuhendiga kooskõlas. 51.9% määras õige diagnoosi, 77.3% eelistaks medikamentooset ravi (antidepressante) ning 52.7% vastanutest suunaks patsiendi teraapiasse. Haigekassa statistika põhjal kirjutatakse F41.1 diagnoosiga patsiendile enim välja alprasolaami (bensodiasepiin), mis on vastuolus nii küsitluse tulemustega kui ka ravijuhendiga ning viitab vajadusele antud teemat põhjalikumalt edasi uurida.

Märksõnad: generaliseerunud ärevushäire, perearstid, ravijuhend, ravimid, teraapia

Following the guidelines of Generalized anxiety disorder (F41.1) for diagnostics and treatment in adults among Estonian general practitioners

ABSTRACT

This study examined whether Estonian general practitioners follow general anxiety disorder (GAD) treatment guideline and which medications are prescribed out the most. The data were collected with questionnaire. Also the Estonian Health Insurance Fund gave statistics about medications prescribed to F41.1 and F40 patients from 2010-2016 in general practice. The study involved 110 general practitioners who answered to the questions about F41.1 case through the Internet. In conclusion the participants were following the guidelines irregularly. 51.9% would make the right diagnosis, 77.3% would prescribe antidepressants and 52.7% would recommend therapy. According to the Estonian Health Insurance Fund statistics patients with GAD were commonly treated with alprazolam (benzodiazepine) which is contrariety to questionnaire answers and GAD guidelines. These results need to have further investigation

Keywords: generalized anxiety disorder, general practitioner, practice guideline, medications, therapy

SISSEJUHATUS

Ärevushäired on ühed levinumad psüühikahäired kogu maailmas ning neid jaotatakse järgnevalt: spetsiifiline foobia, sotsiaalfoobia, paanikahäire ja generaliseerunud ärevushäire (GÄH). Eestis on ärevushäirete sümptomitega inimesi naiste hulgas 10.2% ja meeste hulgas 5.5%. Häire kroonilise esinemise ja kaasuvate psüühiliste ning kehaliste haiguste tõttu vähendab haigus inimese elukvaliteeti (Weisberg, Beard, Mootra, Dyck, & Keller, 2014; Barrera & Norton, 2009). Lisaks on ärevushäired aladiagnoositud ja -ravitud (King et al., 2008). Ärevushäirete efektiivsema diagnoosimise ja raviga esmatasandi arstiabis on võimalik parandada patsientide elukvaliteeti ning vähendada tervishoiukulutusi (Eesti Haigekassa, 2014). Kuna GÄH-ile on iseloomulik pidev ja pikaajaline muretsemine, pinget, ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega ega avaldu hoogudena (Ravijuhend, 2014), võib see siiski ühtlase foonina segada oluliselt igapäevaelu (Weisberg, Beard, Moitra, Dyck, & Keller, 2014; Barrera & Norton, 2009). Ärevushäire paremaks diagnoosimiseks ja raviks loodi Eestis 2014. aastal koostöös rahvusvaheliste ekspertidega ravijuhend “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis”, mis arvestab nii parimat rahvusvahelist praktikat kui ka olukorda Eestis. Antud juhendi eesmärgiks on ühtlustada generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire diagnoosimist ning ravi perearsti abis (Eesti Haigekassa, 2014). Hetkel ei ole teada, kas loodud ravijuhendis soovitatud praktikad on kasutusel eesti perearstide poolt. Ravijuhendi peamised soovitused on toodud välja lisas 2.

Diagnoosimine

GÄH-i puhul on peamiseks jooneks üldistunud ja püsiv ärevus, mis ei ole seotud kindlate keskkonnatingimustega või ei ole see tendents tugevalt väljendunud. Lisaks peavad primaarsed sümptomid avalduma enamikul päevadest vähemalt mõni nädal järjest mitme kuu jooksul. Need sümptomid peaksid sisaldama järgmisi tunnuseid:

1. ootusärevus (mure võimaliku ebaedu pärast tulevikus, keskendumisraskused);
2. lihaspinge (närviline nihelemine, värisemine, pingepeavalu, võimetus lõõgastuda);
3. vegetatiivne hüperaktiivsus (peapööritus, higistamine, tahhükardia, nõrkus, suukuivus)

(RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired, 1993).

Meta-uuringu tulemusel esineb 4.3-5.9% Euroopa inimestel elu jooksul GÄH-i (Wittchen &

Jacobi, 2005). GÄH-i diagnoosimiseks ei piisa lühiküsimustike nagu emotsionaalse enesetunde küsimustiku (EEK-2) täitmisest, vaid läbi tuleks viia kliiniline intervjuu ning tugineda rahvusvahelise haiguste klassifikatsiooni 10. väljaande diagnostilistel kriteeriumitel (RHK-10) (Võhma, Suija, Kristjan, & Raid, 2015; Allgulander, 2006). Sellised lühiküsimustikud võivad aidata arstil aru saada muutustest (kui testi tehakse mitmel korral) või annab kätte suuna, mida põhjalikumalt uurida. Diagnoosimiseks võib läbi viia struktureeritud diagnostilise intervjuu, näiteks MINI, kuid selle kasutamine on ajakulukas ning vajab spetsiaalset väljaõpet (Eesti Haigekassa, 2014). Diagnoosimisel tuleb GÄH-i puhul arvestada kõrget komorbiidsust. Kuni 75% ärevushäirega inimestest omavad kaasnevat häiret, kellest kolmandikul on depressioon (Sanderson, DiNardo, Rapee, & Barlow, 1990). Sage komorbiidne häire on ka alkoholisõltuvus, mille hindamiseks võib läbi viia küsimustiku (AUDIT) (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente, & Grant, 1993). Kehalised haigused, mille üheks sümptomiks võib olla ärevus, tuleks välistada laboratoorsete analüüside ja uuringutega (Eesti Haigekassa, 2014; Ravijuhend, 2014). Meta-analüüside tulemusena on leitud, et perearstidel on keeruline ärevushäireid diagnoosida ning uuringute tulemusel jääb 50% kõikidest ärevushäirete juhtudest diagnoosimata (Olariu et al, 2015; Weiller, Bisserbe, Maier, & Lecrubier 1998) ja vaid 33% GÄH juhtumitest diagnoositakse (Weiller, Bisserbe, Maier, & Lecrubier 1998; Allgulander, 2006). Üheks põhjuseks võib olla aja nappus (Wittchen et al., 2002).

Ravi

Mittefarmakoloogiline ravi

Eesti Haigekassa kinnitab, et ärevushäirete ravi peaks algama perearsti vastuvõtust. Ravina tuuakse välja erinevad võimalused: eneseabi, psühhoteraapia ja ravimid. Ravijuhendis soovitatud ärevushäirega patsiendi käsitus on toodud välja lisas 3. Kõige efektiivsemaks raviks ärevushäirete puhul peetakse kognitiiv-käitumisteraapiat (KKT) (Haigekassa, 2016; Ravijuhend, 2014; Tolin, 2010). KKT puhul on tegemist lühiajalise psühhoteraapiaga, mille käigus tunnetus – ja käitumismustrite muutmise kaudu mõjutatakse isiku emotsionaalset seisundit (Võhma, Suija, Kristjan, & Raid, 2015). Psühhoteraapiat saab kasutada iseseisvalt või koos farmakonidega (Eesti Haigekassa, 2014). Lisaks on leitud, et KKT võib olla tõhusam kui farmakonid ükskõik millise ärevushäirega patsiendi puhul (Roshanaei-Moghaddam et al., 2011). Veel leidsid Campbell-Sills

et al. 2016. aastal, et ärevushäirega patsiendid, kes ei reageerinud farmakoloogilisele ravile, vastasid efektiivselt KKT-le. Eestis on võimalik patsiendil teraapiat saada tasuta kohalikes haiglates, tasuliselt erakliinikutes ning alates 2015. aastast saab perearst kasutada patsiendi psühhoteraapiasse suunamiseks teraapiafondi. Antud fondi alusel on kliendile teraapia perearsti poolt määratud mahus Eesti Haigekassa poolt rahastatud (Eesti Haigekassa, n.d.).

Farmakoloogiline ravi

Farmakoloogilist ravi on võimalik Eestis saada perearsti või psühhiaatri kaudu. Ravimite vajaduse korral soovitatakse esimesena ravijuhendi kohaselt alustada antidepressantidega, millest eelistatakse selektiivseid serotoniini tagasihaarde inhibiitoreid (SSRI) või serotoniini-noradrenaliini tagasihaarde inhibiitoreid (SNRI) (Macaluso, Kalia, Ali, & Khan 2010; Katzman, 2009; Durham, 2007; Eesti Haigekassa, 2014). Eelistada tuleks antidepressante anksiolüütikumidele, mis on ärevust või hirmu vähendav ravim (Eesti Haigekassa, 2014). Kui ei ole saadud ravivastust eelpool nimetatud antidepressantidega kahele ravikuurile, võib kaaluda bensodiasepiinide (anksiolüütikumide), antikonvulsantide, atüüpiliste antipsühhootikumide koos SSRI või SNRI-ga kasutamist (Võhma, Suija, Kristjan & Raid, 2015). Ravivastuse ilmnemisel peaks antidepressantide ravi kestma 6-12 kuud. Ravi katkestamine suurendab häire taasägenemise ohtu (Ravijuhend, 2014).

Ravijuhendi alusel on piiratult soovituslikud ravimid nii antikonvulsantide kui anksiolüütikumide rühma kuuluvad bensodiasepiinid (dasepaam, alprasolaam, klonasepaam, lorasepaam, oksasepaam, nitrasedpaam, bromasepaam, triasolaam, midasolaam). Tegemist on hirmu ja ärevust vähendava ravimiga, mida ei soovitata ravi alustamiseks ega pikaajaliseks kasutamiseks, kuna põhjustavad sõltuvuse kujunemist (Macaluso, Kalia, Ali, & Khan, 2010; Eesti Haigekassa, 2014; Stahl, 2006). Samas on tegemist ühe levinuma ja järjest suureneva kasutusega ravimiga ärevushäirete ravis (Wu, Wang, Katz, & Farley, 2013). Bensodiasepiinid mõjutavad kesknärvisüsteemis selektiivselt gamma-aminovõihappe (GABA-A) retseptoreid (Stahl, 2006). Tulenevalt kiirest toimest on ärevushäirega inimesel antud ravimit mugav kasutada vajaduspõhiselt, kuid taolisel kasutamisel võib see põhjustada vältimiskäitumise suurenemist. Bensodiasepiine võib kasutada lühiajaliselt monoterapiiana või kombineerida antidepressantidega ravi alguses kuid mitte kauem kui 6 nädalat (Ravijuhend, 2014). Ravijuhendi alusel on piiratult

soovituslikuks ravimiks ka antipsühhootikumid, mis vähendavad dopamiini tootmist ning mida ei soovitata kasutada rutiinselt ärevushäirete puhul (Eesti Haigekassa, 2014).

Ravimivalik on oluline ärevushäirega patsiendi puhul, kuna tema tähelepanu kehalistele vaevustele on suurenenud. Parima ravitulemuse annab meeskonnatöö arsti, õe ja psühholoogi vahel. Adekvaatse ravita jäämine võib põhjustada ravimite väärkasutamist, mis suurendab ravimite kuritarvitamise ja ravimisõltuvuse riski (Võhma, Suija, Kristjan, & Raid, 2015). Ravi pikkus sõltub patsiendist ning vajab individuaalset lähenemist (Eesti Haigekassa, 2014). Eestis registreeritud ravimid generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks on toodud välja lisas 4.

Kombineeritud ravi

Ravijuhendi alusel on võimalus farmakoteraapiat ja psühhoteraapiat kombineerida, kui kumbki pole olnud tõhus, ärevushäire sümptomaatika on tugevasti väljendunud ning on olnud korduvalt häire ägenemist või kaasuvad teised psüühikahäired (Ravijuhend, 2014). GÄH-i komorbiidsuse tõttu (Sanderson, DiNardo, Rapee, & Barlow, 1990; Ravijuhend, 2014) oleks eelistatud mõlema kasutamine.

Ravijuhendid mujal maailmas

Paljudes riikides on välja töötatud ravijuhendid erinevate haiguste raviks. GÄH-i puhul on samuti juhendid olemas ning alates 2014. aastast ka Eestis. Maailmas on läbi viidud mitmeid uurimistöid, mis uurivad GÄH ravijuhendi ja tegeliku ravi kooskõla.

2005. aastal Belgias 13 677 patsiendi hulgas läbiviidud uuringus leiti, et GÄH patsientidele kirjutati välja liigselt bensodiasepiinide ning vähe antidepressante perearstide poolt (Ansseau, Fischler, Dierick, Mignon, & Leyman, 2005). 2014. aastal USA-s 534 ärevushäirega patsiendi seas läbiviidud uuringus leiti, et efektiivsete ravimeetodite kasutamine ei olnud levinud. Vaid 36% said KKT-d ning ravimeid kirjutati välja 60%le. Ravimitest tarvitas 26.4% SSRI/SNRI, 17.42% bensodiasepiine. Nendest vaid 19% võtsid ärevusevastast ravimit vähem kui 7 nädalat, mis on soovituslikuks ning 14.42% uuringus osalejatest läbisid psühhoteraapiat. Kõikidest osalejatest sai 151 inimest soovituslikku efektiivset ravi – sinna arvestati nii teraapia kui ka näidustatud ravimite kasutamine (Weisberg, Beard, Moitra, Dyck, & Keller, 2014). 2013. aastal avaldatud artiklis esitati tulemused ärevushäire medikamentoose ravi suurenemise kohta USA-s aastatel 2004-2009.

Suurenes nii bensodiasepiinide (22.7-30.5%) kui ka atüüpiliste antipsühhootikumide (2.3-3.9%) kasutamine (Wu, Wang, Katz, & Farley, 2013).

Saksamaal läbiviidud uuringus, kus uuriti ärevushäirete ravi vastavust ravijuhenditele leiti, et GÄH-i raviks kasutatud antikonvulsantide kasutamine tõusis 0%lt 41.7%ni ja antipsühhootikumide kasutamine 40.7%lt 47.2%ni. Uuringus leiti, et 40.7% kõigist GÄH patsientidest ei tarbinud ühtegi ravijuhendis soovitatud ravimit (Holl et al., 2015).

Käesolev uurimus

2014. aastal ilmus Eestis ravijuhend “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis”, mis annab soovitusi ärevushäire diagnoosimiseks ning raviks. Hetkel ei ole teada, kuidas Eesti praktikas tegelikult toimitakse ja kui palju ravijuhendit jälgitakse GÄH ravis. Samas on oluline ennetada ravimite kuritarvitamist ning tervist kahjustavat mõju. Uurimustöö tulemusel oleks võimalik toetada koolituste abil efektiivsemat ravi määramist perearstide poolt. Antud töö eesmärgiks on perearste küsitledes ja Eesti Haigekassa andmeid kasutades analüüsida, kuidas praktikas toimitakse nii GÄH-i diagnoosimise kui ka ravi korral. Eelnevast lähtudes on töös püstitatud uurimisküsimused:

1. Kuidas Eesti perearstid rakendavad GÄH ravijuhendi praktikaid – diagnoosimine, raviplaan, ravi hindamine?
2. Milliseid ravimeid kirjutatakse välja enim GÄH diagnoosi puhul Eesti perearstide poolt?

Töö autor on antud töö idee ise välja mõelnud, uurimisküsimused püstitanud, koostanud koostöös psühhiaatriga uurimises kasutatava küsitluse, teinud andmete päringu Eesti Haigekassalt ja saadud andmete põhjal tulemusi interpreteerinud ja analüüsinud.

MEETOD

Küsimustiku valim

Küsimustikule vastasid kokku 110 perearsti üle Eesti, kellest mehi oli 11 (10%) ja naisi 99 (90%)

(keskmine vanus 53.21 aastat; SD = 9.47). Valimisse võeti Eesti perearstid 2017. aasta II kvartali seisuga, keda oli kokku 794 (naisi n=722, mehi n=72). Töö autor otsis nimekirja põhjal praksiste kodulehtedelt ja Terviseameti registrist perearstide kontaktid ning edastas internetipõhise küsimustiku kolmel korral e-posti teel 674 perearstile. Valim vähenes, kuna kõikide perearstide e-postid polnud saadaval ning eesmärgistatud valim sai täis enne kui töö autor oleks alustanud telefonikõnedega. Kiri sisaldas endas üleskutset uuringus osalemiseks ning arvamuse avaldamiseks. Kiri on koos küsimustikuga leitav lisas 1.

Küsimustik saadeti esialgu välja kolmes osas: 30.mai, 21. juuni ja 12. juuli ning vastuseid saadi kokku 71. Seejärel otsustati küsimustik saata veel viimast korda välja kõigile 674 perearstile 14-15. augustil e-posti teel ning vastuseid saadi 39. Kõikidest väljasaadetud kirjadest tuli tagasi 33 kirja teatega, et e-post ei ole enam kasutusel.

Vastamisemäär oli 14.4% ehk iga seitsmes perearst vastas küsimustikule. Vastajaid oli Harjumaalt (36), Põlvamaalt (2), Ida-Virumaalt (7), Järvamaalt (4), Jõgevamaalt (3), Lääne-Virumaalt (6), Läänemaalt (2), Pärnumaalt (5), Raplamaalt (4), Saare maakonnast (2), Tartumaalt (23), Viljandist (5), Võrumaalt (4). Perearstide keskmine tööstaaž oli 27.51 aastat ning mediaan 30 (SD=11.53). Kõige staažikama perearsti töötamisaastateks antud valmis oli 55 aastat ja kõige väiksem staaž 2 aastat.

Küsimustik

Töö raames koostas autor küsimustiku, mis koosnes 14. küsimusest ning millest 7 olid avatud ja 7 valikuvariantidega. Neli küsimust olid taustaandmete kogumiseks (sugu, vanus, tööstaaž, maakond) ning ülejäänud ravijuhendi täitmise kohta, mille jaoks koostas autor kaasuse GÄH patsiendist tuginedes RHK-10-le. Narratiivile järgnesid küsimused, kus paluti perearstil hinnata diagnoosimise ja ravi võimalikku käiku, mis põhineb ravijuhendis toodud soovitusel. Küsimustiku kohasust ja kooskõllalisust diagnoosimiskriteeriumite ja ravijuhendiga kinnitas ärevushäirete hindamise ja raviga tegelev psühhiaater dr. Meeri Pennar. Küsimustik on leitav lisas 1. Küsimustiku teel saadud andmeid analüüsiti SPSS *Statistics* versiooniga 23.

Ravimite väljakirjutamine

Lisaks esitati päring ravimite väljakirjutamise kohta Eesti Haigekassale, kust saadi andmed F40 ja F41.1 diagnoosiga patsientidele väljakirjutatud ravimite kohta 2010-2016. aastatel peremeditiinis.

TULEMUSED***Diagnoosimine***

Kõige sagedasemini valisid esimeseks diagnoosimisvahendiks uuringus osalenud perearstid EEK-2, mida kasutasid 92 perearsti ehk 83.6% vastanutest. 72 uuringus osalenud perearsti (65.5%) otsustaksid kaebuste põhjal ning 54 perearsti (49.1%) kasutasid diagnoosimiseks kliinilist intervjuud. 7 perearsti (6.4%) valiksid variandi muu. Muu all toodi välja lisauuringuid/ analüüse – näiteks üldvere analüüs, veresuhkur, kilpnäärmehormoonid, EKG.

Kuna küsimusele vastuseks oli võimalus valida kõik vastusevariandid, siis küsitlusele vastanud perearstid kasutasid erinevaid diagnoosimise viise nii eraldi kui ka kombineerituna. Muu vastusevariandi puhul toodi välja erinevaid võimalusi nii kombineeritud variante kui ka eraldi meetodeid, mida varasemalt ära ei märgitud. Sellest tulenevalt on tabelis eraldi EEK-2, kaebused ja intervjuu. Variantidena oli toodud küsitlused EEK-2 (EEK), kliiniline intervjuu (INT), patsiendi kaebused (KAEB) ning muu, mille all toodi enamasti välja lisauuringuid (UURING). 1 vastanud perearstidest otsustaks patsiendi kaebuste põhjal ning viiks läbi üldvere analüüsi, kontrolliks veresuhkurt, kilpnäärme hormoone ning 1 perearst kasutaks EEK-2, kliinilist intervjuud ja viiks läbi üldvere analüüsi. Ülejäänud tulemused on kajastatud tabelis 1.

*Tabel 1. Diagnoosimise vahendid
"kombineeriks"*

Diagnoosimise vahend	N
EEK+INT+KAEB	14
EEK+KAEB	11
EEK	8
KAEB	5

EEK+INT	5
INT	3
EEK+KAEB+UURING	2
KAEB+UURING	1
EEK+INT+UURING	1

RHK-10 põhjal diagnoosiks 51.9% antud töö uurimistöös osalenud perearstidest GÄH-i (F41.1), 21.8% arvates diagnoosi kriteeriumid ei täitu ning nad jätkaksid uurimist, 14.5% diagnoosiks foobse ärevushäire (F40), 5.5% paanikahäire (F41.0), 3.6% valiks variandi muu, 1.8% obsessiiv-kompulsiivse häire (F42) ja 0.9% hüpohondria (F45.2). Muu all toodi välja 0.9% depressiooni sümptomitega segatüüpi ärevushäire (F41.2), 1.8% rasked stressireaktsioonid ja kohanemishäired (F43) ning 0.9% arvas, et kuna tegemist ei ole somaatilise haigusega, siis ei vaja patsient diagnoosimist ega ka ravi.

Ravi

Raviplaani osas kirjutaksid 77.3% vastanud perearstidest välja antidepressandid, 52.7% suunaks psühholoogi juurde, 27.3% soovitaks eneseabi, 22.7% kirjutaks anksiolüütikume, 21.8% suunaks psühhiaatri poole, 12.7% kirjutaks uinuti, 9.1% soovitaks katsetada looduslikku ravi. 1.8% vastanutest arvas, et juhtum is kirjeldatud patsient ei vaja ravi, 0.9% kirjutaks atüüpilisi antidepressantide, 0.9% kirjutaks rivotrili. 0.9% vastanud perearstidest soovitaks kasutada eneseabi ja kui see on efektita, kirjutaks välja antidepressandi või suunaks KKT-sse. Antidepressanti kirjutaks välja 0.9% vastanutest ning lisaks kaasaks rahusti, kui unerohi ei toimi. Antikonvulsante ei kirjutaks välja mitte keegi vastajatest.

Kui ravivastust pole saadud, käitutaks järgnevalt: 42.8% vastanutest suunaks psühhiaatri poole, 22.7% kirjutaks välja antidepressandi, 13.7% kombineeriks erinevaid ravimeid, 10% suunaks psühholoogi juurde, 2.7% soovitaks looduslikku ravi, 1.8% kirjutaks välja anksiolüütikumi, 1.8% atüüpilise antidepressandi, 1.8% valiks variandi muu, 0.9% kirjutaks välja antikonvulsandi, 0.9% kirjutaks välja rivotrili ning 0.9% arvas, et patsient ei vaja ravi. Eneseabi ei soovitaks keegi ning uinutit samuti välja ei kirjutaks. Muude variantide osas toodi välja, et kui medikamentöösne ravi koos psühhoterapiaga ei aita, tõstetaks esmalt annust või vahetaks ravimit. Kombineeritud ravi osas toodi välja mitmeid variante: antidepressandid (AD) koos psühholoogi ja psühhiaatriga;

AD koos anksiolüütikumidega; AD koos psühhoteraapia ja 2-3 nädalat bensodiasepiinidega; KKT koos eneseabivõtetega; AD koos bensodiasepiinide, atüüpilise psühhotikumiga, uinuti ja teraapiaga; AD koos psühhiaatriga või ravimipreparaadi vahetus/doosi tõstmine.

Kui patsient pöördub uuesti vastuvõtule ning on tarvitanud lisaks 6 nädalat bensodiasepiini ja soovib ravi pikendada, siis uurimuses osalenud perearstidest 30.1% kirjutaks välja antidepressandid, 28.2% suunaks psühhiaatri poole, 13.6% kombineeriks erinevad meetodid, 10.9% suunaks psühholoogi juurde, 6.4% vastasid muu, 2.7% kirjutaks välja anksiolüütikumid, 1.8% valiksid atüüpilised antipsühhotikumid, 1.8% arvab, et patsient ei vajaks ravi. 1.8% vastanutest soovitaks eneseabi, 1.8% looduslikku ravi ja 0.9% kirjutaks välja uinuti. Muu variandi osas esines erinevaid vastuseid: bensodiasepiinide doosi vähendamine, psühhoteraapiasse suunamine, psühhiaatri juurde suunamine, rivotriili välja kirjutamine ning arstipoolne nõustamine, AD jätkamine, vajadusel vahetamine ja doosi üle vaatamine. Kombineeritud ravi osas toodi välja mitmeid variante: bensodiasepiinide vähendamine ja AD suurendamine; AD koos psühhoteraapiaga; AD koos psühhoteraapiaga ning bensodiasepiin vajadusel kasutamiseks; AD koos bensodiasepiinidega ning selgitusega, et see ei ravi; eneseabi koos atüüpiliste antipsühhotikumidega; AD koos atüüpiliste antipsühhotikumide, anksiolüütikumide, uinuti ja psühholoogi; AD koos eneseabiga; psühhiaater koos bensodiasepiini vähendamisega; psühholoog koos psühhiaatriga. Üks vastanud perearst arvas, et perearst ei tohi rahustit edasi kirjutada. Kokkuvõttes oluliseks tulemuseks kombineeritud ravi puhul on see, et 6 perearsti kirjutaksid välja antidepressante koos anksiolüütikumiga ning kaks nendest tõid välja, et anksiolüütikum oleks patsiendile hädaolukorras kasutamiseks.

3 kuud pärast antidepressantide ravi ravivastuse ilmnemisel on patsiendi kaebused taandunud, muretsemine kadunud ning tunneb ennast hästi. Sel juhul 75.5% uuringus osalenud perearstidest jätkaksid raviga vähemalt 3 kuud, 8.2% valisid variandi muu, 6.4% kombineeriks erinevad meetodid, 4.5% jätkaksid raviga 2 nädalat, 1.8% lõpetaksid antidepressantide ravi ja suunaks teraapiasse, 1.8% suunaks psühhiaatri poole, 1.8% suunaks psühholoogi poole. Muu vastuse all toodi välja erinevaid variante: lõpetataks astmeliselt; jätkataks vähemalt 6 kuud AD raviga; esmase haiguse korral lõpetataks ravi, korduva korral jätkataks 3 kuud; soovitatakse 3 kuud veel, kui on pimedam või stressirohkem aeg; uuritaks edasi; vähendataks AD; jätkataks AD ravi 4-9 kuud; suunataks psühhiaatri juurde; viidaks läbi EEK-2; suunataks teraapiasse. Kombineeritud variandis

toodi välja, et jätkataks 1-3 kuud AD raviga ning lisataks sellele psühhoteraapia.

Lisaks uuriti küsitluses osalenud perearstidelt, kas küsitluses esitatud juhtumi puhul oleks kliinilise psühholoogi juurde suunamine näidustatud. 82.7% vastanutest arvas, et on näidustatud, 6.4% arvas, et ei ole näidustatud ning 10.9% valis variandi muu. Muu all toodi välja, et teraapiafond on väike ning seda kasutatakse, kui patsient on vähe kindlustatud või sooviks perearst saada kõigepealt psühhiaatri otsust. Kui lisada 82.7%-le valikuvariandist muu saadud vastused, mille puhul teraapiafond on näidustatud, kuid seda ei jätku kõigile, saame tulemuseks, et 88.1% vastajate arvates on teraapiafondi kasutamine näidustatud.

Ravimite väljakirjutamine

Uurides Eesti Haigekassast saadud andmeid selgub, et üldiselt kirjutatakse perearstide poolt F40 ja F41.1 diagnoosiga patsientidele enim välja bensodiasepiine (alprasolaam, diasepaam, bromasepaam) ning antidepressante (estsitalopraami – SSRI). Ravimite väljakirjutamist 2014. aastal kirjutatud ravijuhend mõjutanud ei ole. Viimasel aastal on ravimite kirjutamine F40 ja F41.1 diagnoosiga patsientidele vähenenud 2%. Täpsem info on toodud välja tabelis 2.

Tabel 2. F40 ja F41.1 diagnoosiga patsientidele välja kirjutatud ravimid

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
alprasolaam(BD*)	4069	5718	6807	7182	7388	7016	6665
diassepaam (BD*)	1843	2882	3765	4012	4156	4201	4137
bromasepaam (BD*)	897	1206	1409	1415	1373	1358	1273
Estsitalopraam (SSRI)	343	665	802	853	947	1004	1053
Kokku ravimid antud aastal PA*	8197	12 038	14 457	15 100	15 600	15 548	15 199

Märkus. PA* lühend perearst; BD* lühend bensodiasepiin

GÄH-i diagnoosiga inimestele on välja kirjutatud tõusvas joones alprasolaami. Sama tõusvas joones on välja kirjutatud estsitalopraami. GÄH-i raviks on välja kirjutatud ka diassepaami ning zopiklooni, millest esimene on bensodiasepiin ja teine uinuti. Lisaks kirjutatakse veel välja

parosektiini (AD) ja bromasepaami (bensodiasepiin). Tabelis 3 on välja toodud iga aasta enim välja kirjutatud ravimid F41.1 diagnoosiga inimestel.

Tabel 3. F41.1 diagnoosiga patsientidele välja kirjutatud ravimid

Ravim	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
alprasolaam (BD*)	130	182	260	316	296	351	368
estsitalopraam (SSRI)	41	91	127	166	200	242	243
diasepaam (BD)	65	112	162	210	227	262	239
zopikloon (uinuti)	16	29	64	60	88	135	116
paroksetiin (AD)	33	49	45	70	74	80	104
bromasepaam (BD)	56	61	79	72	77	82	81
Kokku erinevad ravimid antud aastal PA*	400	609	822	1049	1134	1403	1504

Märkus. PA* lühend perearst; BD* lühend bensodiasepiin

ARUTELU

Antud töö eesmärgiks on perearste küsitledes ja Eesti Haigekassa andmeid kasutades analüüsida, kuidas praktikas toimitakse nii GÄH-i diagnoosimise kui ka ravi korral. Hetkel ei ole teada, kas Eesti perearstid rakendavad GÄH ravijuhendi soovitusi.

Diagnoosimine

Ravijuhendi alusel tuleks GÄH-i diagnoosimiseks läbi viia kliiniline intervjuu ning tugineda RHK-10-le (Võhma, Suija, Kristjan, & Raid, 2015; Ravijuhend, 2014). Antud uurimuses saadud tulemused näitavad, et GÄH-i diagnoosimiseks kasutaksid vastanud perearstid suurel määral EEK-2 (83.6%), mis ei ole soovitatav eraldiseisvana kasutamiseks (Võhma, Suija, Kristjan, & Raid, 2015; Ravijuhend, 2014). Samas tulemused näitavad ka seda, et enamasti kombineeritaks EEK-2

kliinilise intervjuuga või arvestatakse patsiendi esitatud kaebusi, mis on kooskõlas ravijuhendis toodud soovitustega. Ravijuhendis (2014) soovitatakse enesekohaseid küsimustikke kasutada diagnoosimise abistamiseks ning hiljem pole nende osas soovitusi antud. Võimalik, et praktikas kasutatakse enesekohaseid küsimustikke abivahendina ka hiljem. Kliiniline intervjuu on ravijuhendi alusel soovitatud diagnoosimiseks ning see esines olulise diagnoosimise vahendina (49.1%) vastanud perearstide seas. Probleemiks võib olla see, et üsna suur osa vastajatest (65.5%) otsustaksid vaid patsiendi kaebuste põhjal ning 10% perearstidest kombineeriksid omavahel EEK-2 ja patsiendi kaebused, mida on ravijuhendis tugevalt mittesoovitav teha. Töös esitatud kaesus on pigem pinnapealne, millest tulenevalt tekitab muret, et vaid 6% vastanutest teeksid täiendavaid uuringuid välistamaks kehalisi haiguseid, mis on ravijuhendiga vastuolus (Haigekassa, 2014; Ravijuhend, 2014). RHK-10 põhjal diagnoosiksid pooled (51.9%) perearstid F41.1 generaliseerunud ärevushäire ning veerandi arvates diagnoosi kriteeriumid ei täitu. Varasemad meta-analüüsid on samuti viidanud sellele, et ärevushäirete diagnoosimine võib olla keerukas – 50% juhtumitest jääb diagnoosimata (Olariu et al., 2015; Weiller, Bissierbe, Maier, & Lecrubier 1998) ja 33% GÄH juhtumitest diagnoositakse (Weiller, Bissierbe, Maier, & Lecrubier 1998; Allgulander, 2006).

Ravi

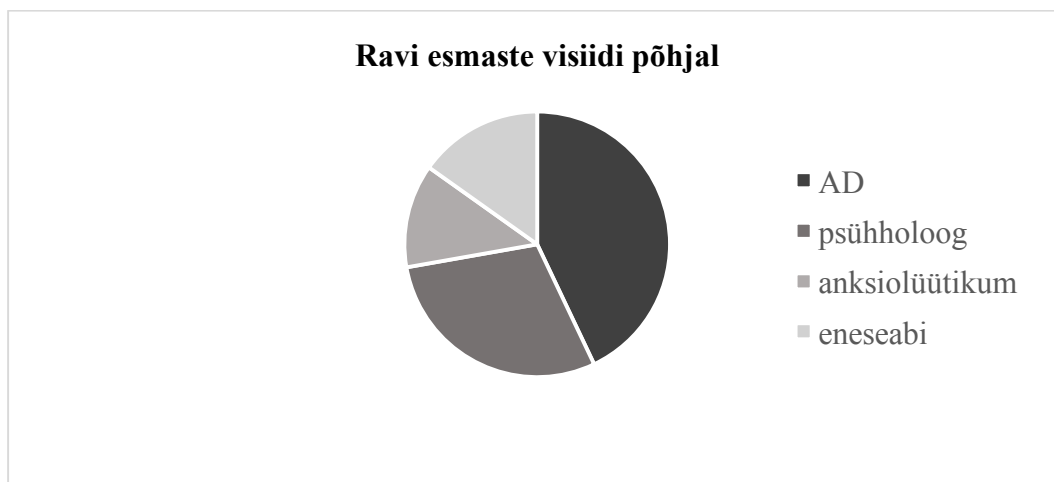
Eesti Haigekassa soovib ravi alustada perearsti vastuvõtust (Haigekassa, 2016) ning valida medikamentoosse ja mitte medikamentoosse ravi vahel. Ravijuhend soovib valida farmakoteraapia ja psühhoteraapia vahel vastavalt patsiendi eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest (Lisa 2). Lisaks soovitatakse esmalt proovida eneseabi ning kui see ei toimi, katsetada farmakoteraapiat (Lisa 3). Küsimustikule vastanud perearstidest 27.3% soovitsid esitatud kaasuse alusel otsustades esmaste kaebustega patsiendile eneseabi ning ligikaudu pooled ehk 52.7% suunaksid psühholoogi juurde, mis on üheks efektiivseimaks meetodiks ärevuse ravis (Haigekassa, 2016; Ravijuhend, 2014). Üheks enim levinumaks raviplaaniks oli vastanud perearstidel antidepressantide väljakirjutamine (77.3%), mis on ravijuhendis esmase soovitusena farmakoloogilise ravi all. Antud tegutsemine on küll kooskõlas ravijuhendi soovitustega, kuid oluline soovitus, milleks on esimesena soovitada GÄH-i patsientidele eneseabivõtteid, jääb pigem tagasihoidlikuks. See võib tuleneda sellest, et perearstidel on vähe aega (Wittchen et al., 2002) ning nad proovivad leida kiiret lahendust patsiendile, mis ei pruugi olla alati kõige efektiivsem.

Ravijuhendi kohaselt peaks antidepressantide ravi kestma vähemalt 6 kuud pärast esmast ravivastust. Uuringus osalenud perearstidele esitatud kaasuses pöördus nende juurde patsient, kellel pärast 3 kuud AD ravi on kaebused ja muretsemine kadunud ning tunneb ennast hästi. Sel juhul toimiksid enamik uuringus osalenud perearstidest (75.5%) vastavalt ravijuhendile ning jätkaksid raviga vähemalt 3 kuud. Esines ka ravijuhendiga vastuolus olevaid vastuseid, kus raviga jätkataks 2 nädalat või lõpetataks ravi, mille tulemusel võib suureneha häire taas ägenemise oht (Ravijuhend, 2014). Lisaks oli levinud ka esmalt anksiolüütikumide välja kirjutamine (22.7%), mis on ravijuhendis soovitusena kasutamiseks koos antidepressantidega või monofarmakoteraapiana lühiajaliselt ning mitte kindlasti vajaduspõhiselt, kuna võib tekitada sõltuvust (Eesti Haigekassa, 2014). Esmase ravina ei ole anksiolüütikumid ravijuhendis soovitatud. Ravijuhendi kohaselt ei tohiks ravi bensodiasepiinidega kesta kauem kui 6 nädalat (Ravijuhend, 2014). Kui perearstidele esitatud kaasuses pöördus vastuvõtule patsient, kes oli 6 nädalat bensodiasepiini tarvitanud ning soovis retsepti pikendada kirjutaksid enamik vastanutest välja antidepressandid (30.1%) ning peaaegu sama palju suunaksid psühhiaatri poole (28.2%). Samuti vaadatakse üle AD doosid ning vajadusel ravimi vahetamine. Ka psühhoterapia on selles etapis uuringus osalenud perearstide poolt soovitatud. Oluliseks tulemuseks on see, et 6 perearsti kirjutaksid välja antidepressante koos anksiolüütikumidega ning kaks nendest soovitaksid ravimit patsiendile hädaolukorras kasutamiseks. Kuigi üldiselt toimiksid vastanud perearstid ravijuhendi alusel, on oluline märgata kui ka väike osa valimist toimetab vastupidiselt. Eriti antud juhul, kui bensodiasepiinide tarvitamine vajaduspõhiselt ei ravi vaid tekitab vältimiskäitumist (Ravijuhend, 2014).

Psühhoterapiasse ning psühhiaatri juurde suunamine on samuti antud juhul vastanud perearstide poolt välja toodud, mis on kooskõlas ravijuhendiga. Samas on oluline mainida, et osad vastanutest suunaksid patsiendi psühholoogi poole pärast antidepressantide ravivastuse ilmnemist, mis võib viidata eeldusele, et patsiendi ajukeemia viiakse sellisele tasemele, et patsient oleks võimeline infot vastu võtma. Samas ei ole see ravijuhendi alusel vajalik ning pigem tuleks alustada eneseabist ja teraapiaga esmasel võimalusel. Erinevad uuringud (Roshanei-Moghaddam et al., 2011; Campbell-Sills et al., 2016) ja ravijuhend peavad KKT-d üheks efektiivsemaks raviks generaliseerunud ärevushäire korral. Vaatamata sellele, et alates 2014. aastast on võimalik teraapiafondi raames patsiente suunata Eesti Haigekassa toetusel psühhoterapiasse, kirjutaksid

umbes pooled perearstid ikkagi välja pigem ravimeid kui suunaksid patsiendi psühholoogi poole. Samas vastasid enamik (88.1%) uuringus osalenud perearstidest, et küsitluses esitatud juhtumi puhul on näidustatud kliinilise psühholoogi poole suunamine. Ravimite väljakirjutamise eelistamine võib tuleneda võimalikust vähesest psühholoogi ja psühhiaatria teenuse kättesaadavusest. Samuti kuna teraapiafondi raames on võimalus suunata lisaks kliinilisele psühholoogile ka logopeedi ja füsioterapeudi vastuvõtule (Eesti Haigekassa, n.d.), siis võib antud fondist jääda väheks, et suunata patsient psühhoteraapiasse. Tasuta teenusena kliinikumides on pikad järjekorrad ning tasulise teenusena võib jääda teraapia inimesele raskesti kättesaadavaks. See seletaks ka perearstide esmase raviplaanina AD väljakirjutamist, mis antud olukorras on ravijuhendi alusel parim valik pärast teraapiat.

Kokkuvõttes oli vastuseid äärmusest äärmusesse. Kui üks perearstidest arvas, et patsient ei vaja ravi, siis üks kasutaks raviplaanina ravivastuse mitte saavutamisel AD koos bensodiasepiinide, atüüpilise antipsühhootikumi, uinuti ja teraapiaga. Üldiselt kirjutaksid perearstid esmase visiidi põhjal suurema tõenäosusega välja erinevaid ravimeid (AD, anksiolüütikumid, uinutid) kui soovitaksid eneseabi või teraapiat, mis on vastuolus ravijuhisega (joonis 1).



Joonis 1. Neli levinumat ravi esmase visiidi põhjal vastanud perearstide seas

Ravijuhendi alusel on võimalus farmakoteraapiat ja psühhoteraapiat kombineerida, kui kumbki pole ravivastust andnud, ärevushäire sümptomaatika on tugevasti väljendunud, on esinenud korduvat ägenemist või kaasuvad teised psüühikahäired (Ravijuhend, 2014). Kuna GÄH puhul on tegemist komorbiidse häirega, (Sanderson, DiNardo, Rapee, & Barlow, 1990; Ravijuhend, 2014)

oleks eelistatud mõlema kasutamine.

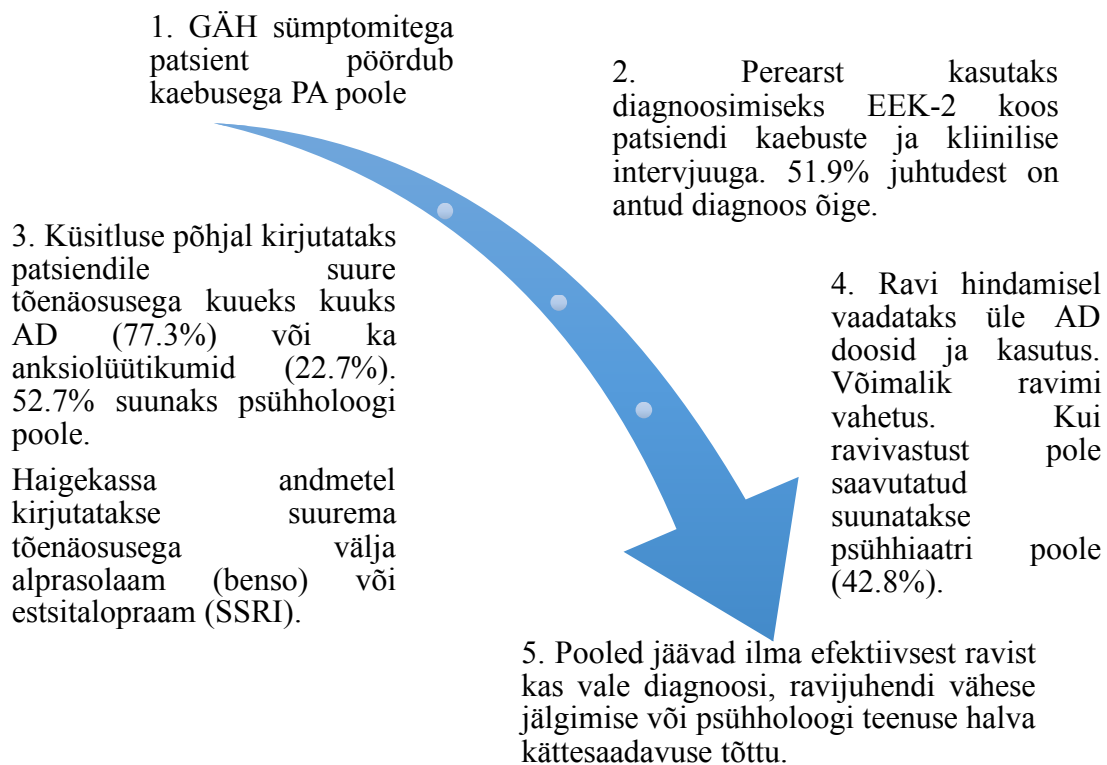
Haigekassa andmed

Analüüsidest Eesti haigekassa andmeid diagnooside F40 ja F41.1 põhjal on enim välja kirjutatud ravimiteks bensodiasepiinid (alprasolaam, diasepaam, bromasepaam), mille välja kirjutamine on suurenenud kuni 2014. aastani ning sellest alates vähenenud. Antud tulemus sarnaneb nii 2013. aastal läbi viidud uuringuga, mille andmetel bensodiasepiinide väljakirjutamine suurenes 22.7-30.5%ni (Wu, Wang, Katz, & Farley, 2013) kui ka ülejäänud uuringutega, mis näitasid GÄH ravis bensodiasepiinide liigset kasutamist (Ansseau, Fischler, Dierick, Mignon, & Leyman, 2005; Holl et al., 2015). Põhjus, miks alates 2014. aastast on Eestis hakanud nende väljakirjutamine vähenema, võib olla seotud samal aastal valminud ravijuhendiga, mis soovitab bensodiasepiinidele antidepressantide kasutamist. Estsitalopraam (SSRI) on neljas enim välja kirjutatud ravim, F40 ja F41.1 diagnoosiga inimeste puhul. Antud ravim on efektiivne depressiooni, paanikahäire, ärevuse ja GÄH-i ravis (Arold, 2002). Ravijuhendi alusel on AD, sealhulgas SSRI soovitatud eelistusena bensodiasepiinidele, mida statistika alusel hetkel ei tehta. Lisaks on AD ja bensodiasepiini väljakirjutamise vahe seitsmekordne. AD väljakirjutamises on pidev kasv, mis on kiirem kui teisel enim kasutatud ravimitel. Seega võib Haigekassa andmete alusel arvata, et teadlikkus AD eelistatusest ärevushäirete ravis on järjest enam perearstideni jõudmas. Antud statistika annab ülevaate, milliseid ravimeid ärevushäirete puhul enim välja kirjutatakse.

Kui küsimustikus selgus, et enamik vastanud perearste raviks kaasuses esitatud GÄH sümptomitega patsienti antidepressantidega, siis Eesti Haigekassa andmed aastatel 2010-2016 näitavad, et enamasti kirjutatakse F41.1 diagnoosiga inimestele sarnaselt üldisele statistikale välja alprasolaami, mille puhul on tegemist bensodiasepiiniga. Sellest järgmisena estsitalopraami (SSRI), diasepaami (bensodiasepiin), zopiklooni (uinuti, mida Stahl (2006) soovitab bensodiasepiinide asemel), paroksetiini (AD, arvukate kõrvaltoimetega) ja bromasepaami (bensodiasepiin). Ravijuhendi kohaselt peaks statistika olema vastupidine – AD esimesel kohal ning vajadusel bensodiasepiin. Loetelus on kaks AD, kolm bensodiasepiini ja üks uinuti. GÄH puhul on patsient pidevalt pinges, millest tulenevalt võib esineda unehäireid. Nende leevendamiseks on võimalus kasutada ravimit, kui probleemi lahendamiseks vajaks patsient

teraapiat. Üheks põhjuseks, miks Eesti Haigekassa andmed ei ühti perearstide küsitlusega võib olla see, et vähemalt pooltel kordadest GÄH diagnoosi ei panda välja ning andmed põhinevad just 41.1 diagnoosi saanud inimestele väljakirjutatud ravimite kohta. Samuti on tegemist üsna komorbiidse diagnoosiga, mida on keeruline eraldi diagnoosida (Eesti Haigekassa, 2014).

Lisaks võis tulemusi mõjutada uuringu piiranguks olev väike valim ning võimalus, et vastasid perearstid, kes on praktikas eeskujulikumad ja teadlikumad. Oluliseks on ka see, et Eesti Haigekassa toorandmete põhjal ei ole näha, kas ravimeid on väljakirjutatud inimesele vaid ühel või mitmel korral ning milliste sümptomite alusel. Valimis võib esineda üks inimene mitu korda. Ravimite statistikas ei esine olulisi muutusi pärast ravijuhendi kirjutamist diagnoosi F41.1 korral. Tabelid 2 ja 3 kajastavad ärevushäirete ja GÄH-i puhul välja kirjutatud ravimeid, mis suures osas kattuvad. Eesti Haigekassa statistikat ja küsitluse vastuseid arvesse võttes iseloomustab antud uurimistöö tulemust joonis 2.



Joonis 2. Diagnoosimine, raviplaan ja ravi hindamine perearstide näitel

Töö piirangud, tulevikuperspektiiv

Töö üheks piiranguks võib pidada seda, et Eesti Haigekassast saadud toorandmete põhjal ei ole näha, kas ravimeid on väljakirjutatud vaid ühe korra inimesele või mitmel korral ehk valimis võib esineda üks inimene mitmel korral. Veel üheks piiranguks võib pidada väheesinduslikku valimit, kes võis olla motiveeritum ja teadlikum osa perearstidest. Samuti ei toimunud küsimustiku täitmine kontrollitud keskkonnas, mille parandamiseks tulevikus võib kutsuda võimalusel perearste juhuslikult uuringusse. Selleks, et saada täpsemaid andmeid on võimalus suurema teadustöö raames kaasata uuringusse nii terapeutid kui patsiendid, mille alusel on võimalus saada teada, millest tuleneb Eesti Haigekassa andmete ning perearstide vastuste erinevus ehk koguda veelgi täpsemad andmed reaalse ravi olukorra kohta Eestis. Sel juhul on võimalus saada infot mitmete osapoolte käest. Perearstid võisid vastata ka sotsiaalselt soovitatavalt, mille kontrollimiseks oleks tulevikus hea uurida tegelikku käitumist ehk perearstide suunamist või ravi vastavalt diagnoosile. Eeldusel, et uuringule vastasid motiveeritumad perearstid ning nendest veerandi arvates diagnoosi kriteeriumid ei täitu ning pooltel kordadel pandaks õige diagnoos on alust koostada laiahaardelisem uuring täpsemate vastuste saamiseks – mis põhjustel GÄH patsientidele esmajärjekorras ravimeid kirjutatakse ning kui paljud GÄH patsiendid ja kuidas psühholoogide juurde jõuavad. Antud töö on piloot-uuringuks magistritööle.

Kokkuvõte

Ravijuhendist peetakse kinni osaliselt. Andmete põhjal võib oletada, et täna patsient abita ei jää, kuid tihti jääb ta ilma kõige efektiivsemast ravist. Ravi osas eelistatakse medikamentosset ravi. Raviplaani ja ravi hindamise osas käitutakse enamasti ravijuhendiga kooskõlas, kuid antud valdkonnas ka mõned kõrvalekalded kahjustavad patsiendi tervist. Ühelt poolt on GÄH-i puhul tegemist keeruliselt diagnoositava ning komorbiidse häirega, kuid teiselt poolt on oluline märgata ravijuhendiga vastuolus olevat ravi. Ravimite väljakirjutamise osas ei ühti Eesti Haigekassast saadud andmed küsimustikust saadud andmetega. Kui küsimustikust tuli välja, et enim kirjutatakse välja AD, mis on ka ravijuhendis esmase medikamendina soovitatud, siis Eesti Haigekassa andmete kohaselt kirjutatakse enim välja bensodiasapiine, mida võib kasutada lühiajaliselt monoterapiana ravi alguses või kombineerituna antidepressantidega, kuid mitte kauem kui 6 nädalat. Antidepressante kirjutati välja kordades vähem ning annab alust arvata, et hetkel ei saa ärevushäiretega ning GÄH-i diagnoosiga patsiendid efektiivset ravi. Kuigi ravijuhend soovitab GÄH raviks esmalt teraapiat ning ka teadustööd näitavad selle efektiivsust, siis toodi välja, et

teraapiafond on väike ning seda kasutatakse, kui patsient on vähe kindlustatud. See viitab asjaolule, et psühholoogilise abi saamiseks pole võimaldatud piisavalt ressursi ning tasulise teenusena jääb see inimestele raskesti kättesaadavaks. Kuna ravijuhend soovib valida farmakoteraapia ja psühhoteraapia vahel vastavalt patsiendi eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest, siis võib oletada, et uuringus saadud tulemused viitavad sellele, et psühhoteraapia ei ole piisavalt kättesaadav. Kindlasti tuleb arvesse võtta ka asjaolu, et vastanud perearstid võivad käituda reaalses situatsioonis teisiti, kui uuringus osaledes, tulenevalt uuringu limitatsioonidest. Antud väite uurimiseks oleks tarvis läbi viia täiendavaid uuringuid.

Tänuõnad

Soovin tänada oma juhendajat Kaia Kastepõld-Tõrsi igakülgse abi ja toetuse eest ning dr. Meeri Pennarit küsitlusse panustamise eest; Liina Adovit, kes samuti andis oma panuse töö valmimisse; dr. Liina Haringut projekti toetamise ning Eesti Haigekassat koostöö eest.

KASUTATUD KIRJANDUS

Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing?. *European Neuropsychopharmacology*, 16(4), S101-S108.

Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *European Psychiatry*, 20(3), 229-235. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.09.035

Arold, A. (2002, detsember). Estsitalopraam. *Eesti arst. Leitud* <https://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/download/9390/4578>

Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.011

Campbell-Sills, L., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., & Stein, M. B. (2016). Improving outcomes for patients with medication-resistant anxiety: Effects of collaborative care with cognitive behavioral therapy. *Depression And Anxiety*, 33(12), 1099-1106. doi:10.1002/da.22574

Durham, R. C. (2007). Treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatry*, 6(5), 183-187.

Eesti Haigekassa. (n.d). Teraapiafond. Leitud: <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/teraapiafond>

Eesti Haigekassa. (2014). Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis. Leitud: <https://www.ravijuhend.ee/attachments/guides/5/197?action=download>

Eesti Haigekassa. (2016, juuni 2). Ärevushäire all kannatavad inimesed saavad abi patsiendijuhendist. Leitud: <https://www.haigekassa.ee/et/uudised/arevushaire-all-kannatavad-inimesed-saavad-abi-patsiendijuhendist>

Holl, A. K., Grohmann, R., Letmaier, M., Painold, A., Mörtl, S., Toto, S., & Kasper, S. (2015). Pharmacotherapy of anxiety disorders in German-speaking countries: Current status and changes between 1994 and 2011. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 265(3), 199-208. doi:10.1007/s00406-014-0523-7

Katzman, M. (2009). Current Considerations in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *CNS Drugs*, 23(2), 103-120.

King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., & ... Torres-Gonzalez, F. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal Of Psychiatry*, 192(5), 362-367. doi:10.1192/bjp.bp.107.039966

Macaluso, M., Kalia, R., Ali, F., & Khan, A. Y. (2010). The role of benzodiazepines in the treatment of anxiety disorders: A clinical review. *Psychiatric Annals*, 40(12), 605-610. doi:10.3928/00485713-20101123-03

Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 29-36.

Olariu, E., Forero, C. G., Castro-Rodriguez, J. I., Rodrigo-Calvo, M. T., Álvarez, P., Martín-López, L. M., & ... Alonso, J. (2015). Detection of anxiety disorders in primary care: A meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depression And Anxiety*, 32(7), 471-484. doi:10.1002/da.22360

Ravijuhend. (2014, september). Ravijuhendite nõukoda on heakskiitnud uue ravijuhendi ärevuse ja paanikahäire käsitlustest perearstiabis. Leitud: <http://www.ravijuhend.ee/yldinfo/uudised/-ravijuhendi-generaliseerun>

RHK-10/V Psüühika ja käitumishäired. (1993) Generaliseerunud ärevushäire. Leitud: <http://www.kliinikum.ee/psychhiaatrikliinik/lisad/ravi/RHK/RHK10-FR17.htm>.

Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III—R anxiety disorder. *Journal Of Abnormal Psychology*, 99(3), 308-312. doi:10.1037/0021-843X.99.3.308

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804.

Stahl, M. S. (2006). *The Prescriber's Guide*. New York: Cambridge University Press.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.003

Võhma, Ü., Suija, K., Kristjan, V., & Raid, U. (2015). Valmis uus ravijuhend “Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis”. *Eesti Arst*. Leitud: <http://www.ravijuhend.ee/downloader.php?file=guide-405-doctypetext63>

Weiller, E., Bissierbe, J. C., Maier, W., & Lecrubier, Y. (1998). Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *The British Journal Of Psychiatry. Supplement*, (34), 18-23.

Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression And Anxiety*, 31(5), 443-450. doi:10.1002/da.22209

Wittchen, H., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Wu, C., Wang, C., Katz, A. J., & Farley, J. (2013). National trends of psychotropic medication use among patients diagnosed with anxiety disorders: Results from Medical Expenditure Panel Survey 2004–2009. *Journal Of Anxiety Disorders*, 27(2), 163-170. doi:10.1016/j.janxdis.2012.11.004

LISA 1. Küsitlus**E-kiri, millega koos küsitlus edastati esimesel ja teisel korral:**

Tere!

Olen Tartu Ülikooli psühholoogia tudeng Geia Randma ja palun teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on koguda perearstide arvamust esitatud juhtumi kohta. Küsimustik on anonüümne ning andmeid kasutatakse vaid antud töös. Teil on võimalik igal hetkel loobuda küsitluse täitmisest. Küsitluse täitmist käsitletakse nõusolekuna uuringus osaleda.

Kõik kogutud andmed on konfidentsiaalsed. Andmeid säilitatakse tähtajatult ning nendele on ligipääs vaid uurijal ja juhendajal. Töö juhendajaks on Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudi lektor ning KKT terapeut Kaia Kastepõld-Tõrs. Kui teil on täiendavaid küsimusi, pöörduge uuringu läbivijja poole e-maili aadressil geiarandma@gmail.com.

Küsimustiku täitmine võtab umbes **10 minutit**.

Küsimustiku leiate siit: <https://miromeeskond.typeform.com/to/IUWoUF>

Lugupidamisega

Geia Randma

E-kiri, millega koos küsitlus edastati kolmandal korral:

Tere!

Täna neid, kes on jõudnud juba vastata, kuid ootan veel 30 vastust kuni 27. augustini.

Olen Tartu Ülikooli psühholoogia tudeng Geia Randma ja palun teid osalema uuringus, mille eesmärgiks on koguda perearstide arvamust esitatud juhtumi kohta. Küsimustik on anonüümne ning andmeid kasutatakse vaid antud töös. Teil on võimalik igal hetkel loobuda küsitluse täitmisest. Küsitluse täitmist käsitletakse nõusolekuna uuringus osaleda.

Kõik kogutud andmed on konfidentsiaalsed. Andmeid säilitatakse tähtajatult ning nendele on ligipääs vaid uurijal ja juhendajal. Töö juhendajaks on Tartu Ülikooli Psühholoogia instituudi lektor ning KKT terapeut Kaia Kastepõld-Tõrs. Kui teil on täiendavaid küsimusi, pöörduge uuringu läbiviija poole e-maili aadressil geiarandma@gmail.com.

Küsimustiku täitmine võtab umbes **10 minutit**.

Küsimustiku leiata siit: <https://miromeeskond.typeform.com/to/IUWoUF>

Lugupidamisega

Geia Randma

Küsitlus:

Tere!

Olen Tartu Ülikooli psühholoogia tudeng Geia Randma ning palun teid osalema uuringus. Küsimustik on anonüümne ning andmeid kasutatakse vaid antud töös. Teil on võimalik igal hetkel loobuda küsitluse täitmisest. Küsitluse täitmist käsitletakse nõusolekuna uuringus osaleda.

Kõik kogutud andmed on konfidentsiaalsed. Andmeid säilitatakse tähtajatult ning nendele on ligipääs vaid uurijal ja juhendajal (Kaia Kastepõld-Tõrs). Kui teil on täiendavaid küsimusi, pöörduge uuringu läbiviija poole e-maili aadressil geiarandma@gmail.com.

Küsimustiku täitmine võtab umbes 10 minutit.

Küsitlus (perearsti andmed):

Sugu N/M

Vanus:

Tööstaaž (aastates):

Maakond, kus töötate:

Juhtum 1. Patsient pöördub esmakordselt kaebusega, et on pidevalt pinges, esineb rohket muretsemist, mille põhjust patsient selgitada ei oska. Lisaks esineb südamekloppimist, õhupuudust, keskendumisraskusi. Esinevad ka sagedased peavalud. Õhtuti on raskusi uinumisega. Taoline seis on kestnud 6 kuud enamikel päevadest. Patsient on jäänud tubasemaks, üha enam väldib väljas käimist ja sotsiaalset läbikäimist. Kaasnevad haigused puuduvad ning ravimeid ei tarvita.

1. Diagnoosimiseks kasutaksite:

EEK-2 (Emotsionaalse enesetunde küsimustik-2)

Kliiniline intervjuu

Otsustaksite patsiendi kaebuste põhjal

Muu

2. RHK-10 alusel diagnoosiks:

Diagnoosi kriteeriumid ei täitu, jätkaksite uurimist

F40 Foobne ärevushäire

F41.0 Paanikahäire

F41.1 Generaliseerunud ärevushäire

F42 Obsessiiv-kompulsiivne häire

F45.2 Hüpohondria

Muu

3. Järjestage järgnevalt raviplaan (esimesed kolm: 1 esimene variant, 2 keskmine, 3 kõige viimane, mida soovitaksite):

Ei vaja ravi

antidepressant

bensodiasepiin (valium, xanax)

Antikonvulsant (lyrica, neurontin)

atüüpilisi antipsühhootikume

Anksiolüütikum (diazepam, lorazepam)

Uinuti (Somnols, Imovane, ambien)

Rivotril

Suunaksite psühhiaatri poole

Suunaksite psühholoogi juurde

Looduslik ravi (nt. Piparmünditee)

Eneseabi

Muu

Kombineerikssite eelnevatest:

4. Kui ravivastust pole saavutatud, siis käituksite järgnevalt:

Ei vaja ravi

antidepressant

bensodiasepiin (valium, xanax)

Antikonvulsant (lyrica, neurontin)

atüüpilisi antipsühhootikume

Anksiolüütikum (diazepam, lorazepam)

Uinuti (Somnols, Imovane, ambien)

Rivotril

Suunan psühhiaatri poole

Suunan psühholoogi juurde

Looduslik ravi (nt. Piparmünditee)

Eneseabi

Muu

Kombineerikssite eelnevatest:

5. Sama patsient pöördub uuesti. (Patsient pöördub kaebusega, et on pidevalt pinges, esineb rohket muretsemist, mille põhjust patsient selgitada ei oska. Lisaks esineb südamekloppimist, õhupuudust, keskendumisraskusi. Esinevad ka sagedased peavalud. Õhtuti on raskusi uinumisega. Taoline seis on kestnud 6 kuud enamusel päevadest. Patsient on jäänud tubasemaks, üha enam väldib väljas käimist ja sotsiaalset läbikäimist. Kaasnevad

haigused puuduvad ning ravimeid ei tarvita). Lisaks on ta tarvitanud bensodiasepiine nüüdseks 6 nädalat, see paistab toimivat ning patsient soovib ravimi retsepti pikendada.

Mida teeksite?

EEK-2

Ei vaja ravi

Pikendan toimiva ravimi retsepti

Kliiniline intervjuu

antidepressant

bensodiasepiin (valium, xanax)

Antikonvulsant (lyrica, neurontin)

atüüpilisi antipsühhootikume

Anksiolüütikum (diazepam, lorazepam)

Uinuti (Somnols, Imovane, ambien)

Rivotril

Suunan psühhiaatri poole

Suunan psühholoogi juurde

Looduslik ravi (nt. Piparmünditee)

Eneseabi

Muu

Kombineeriks site eelnevatest:

6. 3 kuud pärast antidepressantide ravi ravivastuse ilmnemisel on patsiendil kaebused taandunud, muretsemine kadunud ning tunneb ennast hästi. Mida teeksite?

Lõpetaksite ravi, kuna patsient tunneb ennast hästi

Jätkaksite raviga veel 2 nädalat

Jätkaksite raviga vähemalt 3 kuud

Lõpetaksite antidepressantide ravi ja suunaksite teraapiasse

Suunaksite psühhiaatri poole

Suunaksite psühholoogi juurde

Kombineeriksie eelnevatest

Muu

7. Kas antud juhtumi puhul on näidustatud teraapiafondi kasutamine kliinilise psühholoogi juurde suunamiseks?

Jah

Ei

Muu

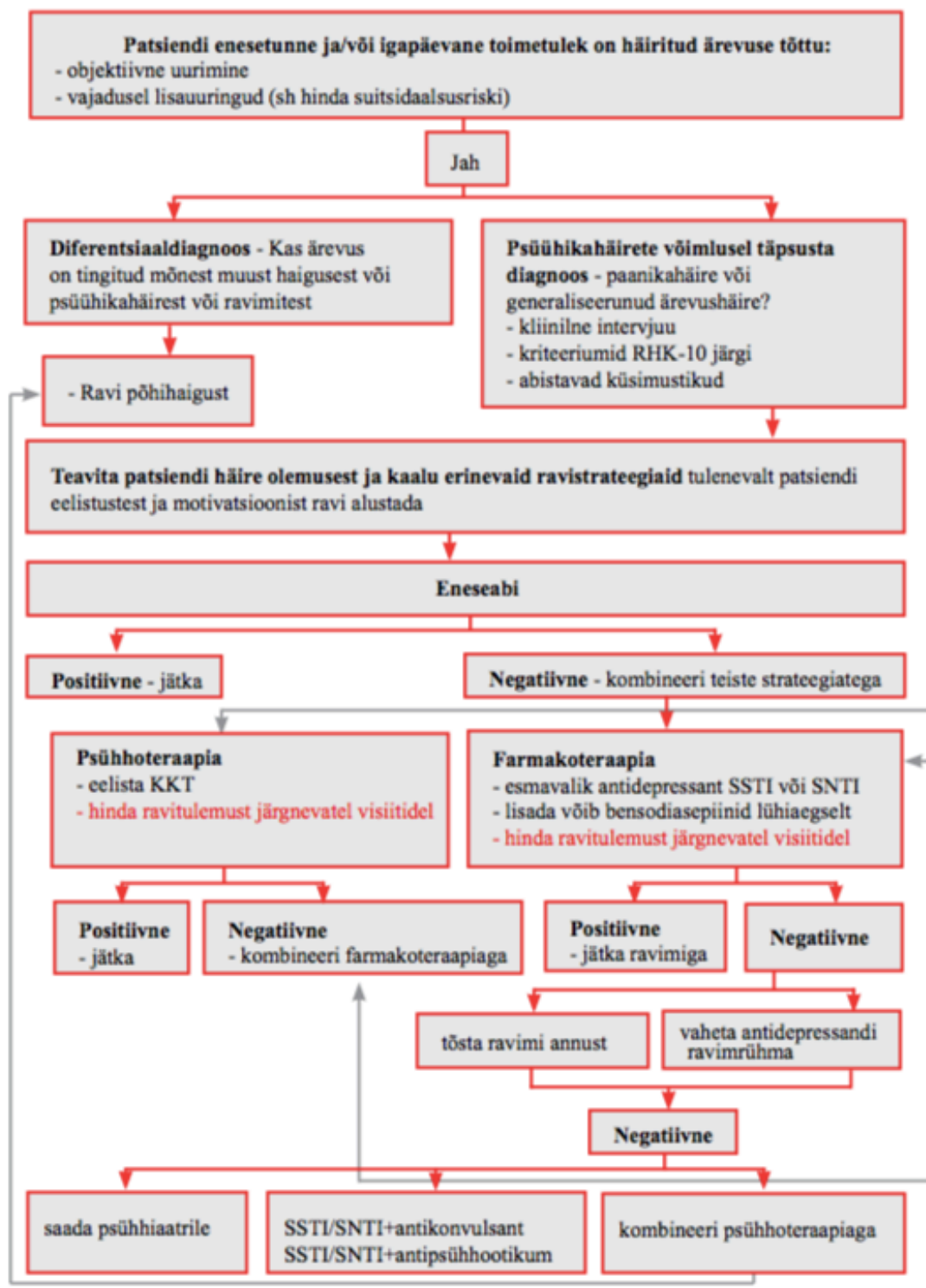
LISA 2. “Generaliseerunud ärevushäire ja paanika häire (agorafobia või ilma) käsitus perearsti abis” ravijuhendi peamised soovitusused tabelina

Tabel. Ravijuhendi peamised soovitusused

Diagnoosimine täiskasvanutel	
1	Ärevushäire diagnoosimiseks kasutage kliinilist intervjuud.
2	Ärge kasutage ärevushäire diagnoosimiseks enesekohaseid küsimustikke.
3	Kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus, tuleb välistada laboratoorsete analüüside ja uuringutega tulenevalt konkreetsest haigusjuhust.
Ülemäärase ärevuse sümptomite äratundmine lastel ja noorukitel	
4	Väljastage ärevushäire kahtlusega lastel kehalised haigused, mille üheks sümptomiks on ärevus.
5	Ülemäärase ärevuse sümptomitega lastel ja noorukitel võib kasutada abistavaid küsimustikke (nt SCARED).
6	Erilist tähelepanu nõuavad lapsed ja noorukid, kellel ilmnevad ebaselge põhjusega kehalised sümptomid, näiteks pea-, kõhu-, südame-, lihase-, luustikuvaevused, või kelle tavapärasel käitumises on täheldatavaid muutusi. Kõiki ärevushäire kahtlusega noorukeid tuleb alati hinnata psüühkoaktiivsete ainete tarvitamise ja väärtkohtlemise suhtes.
Mittefarmakoloogiline ravi	
6	Teavitage kõiki ärevushäirega patsiente ärevushäire olemusest, ägestavatest ja leevendavatest teguritest, ravivõimalustest, prognoosist ning taasägenemise märkidest.
7	Kõikidele ärevushäirega patsientidele soovitage esimese võimalusena eneseabivõtteid.
8	Kui teavitamine ja eneseabivõtted ei ole andnud soovitud tulemust, lisage psühhoterapia või farmakoterapia, mis on võrdselt tõhusad.
9	Valige farmakoterapia või psühhoterapia, lähtudes patsiendi eelistustest, ravi sobivusest ja kättesaadavusest.
10	Tugevalt väljendunud ärevushäire sümptomaatika ja/ või sellest tuleneva sotsiaalse toimimise olulise häirituse korral alustage kohe lisaks eneseabile psühhoterapia või farmakoloogilise raviga.
11	Farmakoterapiat ja psühhoterapiat võite kombineerida juhtudel, kui kumbki eraldi ei ole olnud tõhus, ärevushäire sümptomid on väljendunud, on olnud korduvad häire ägenemised või kaasuvad teised psüühikahäired.
12	Psühhoterapiast eelistage kognitiiv-käitumisterapiat.
Farmakoterapia	
12	Eelistage ärevushäirega patsientidel farmakoloogilise ravi vajaduse ilmnemisel antidepressante anksiolüütikumidele.
13	Kasutage ärevushäirega patsientidel esmavalikuna ravimeid selektiivsete serotoniini tagasihaarde inhibiitorite (SSTI) või serotoniini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorite (SNTI) ravimirühmast.
14	Eelistage ärevushäirega patsientide ravi monofarmakoterapiat.
15	Kui ravivastus on puudulik, siis suurendage kõigepealt ravimiannust.
16	Kui 8–12 nädalat pärast maksimaalse talutava ravimiannuse kasutamist ei ole ravivastust saavutatud, vahetage ravim välja mõne muu esmavaliku preparaadi (SSTI, SNTI) vastu.
17	Ravikuur antidepressantidega peab kestma vähemalt 6 kuud pärast esmast ravivastust.
18	Polüfarmakoterapiat võib kasutada juhul, kui monofarmakoterapia vähemalt kahe antidepressandiga maksimaalses talutavas annuses ja soovitatud kuuri pikkusega ei ole andnud tulemust.
19	Bensodiasapiine võib kasutada koos antidepressantidega ravi alustamisel või lühikest aega tugeva ärevuse ja agiteerituse kupeerimiseks.
20	Kasutage bensodiasapiine pigem ravikuurina.
21	Ravivastuse ilmnemisel ei tohi ravi bensodiasapiinidega kesta kauem kui 6 nädalat.
22	Patsiendid, kellel vaatamata kahele ravimeetodile (farmakoterapia ja psühhoterapia) püsivad ärevussümptomid või nende sümptomite kontrollimiseks on vaja lisaks kasutada pikaajaliselt bensodiasapiine, on raviresistentse häirega. Nende edasist ravi peaks konsulteerima või jätkama psühhiaater.
23	Uinuteid võib kasutada lühikest aega (kuni 4 nädalat) kaasuva unehäire ravi.
Ravivastus ja ravisoostumus	
23	Hinnake ravivastust, ravisoostumust ja kõrvaltoimeid igal visiidil.
24	Ärevushäirega patsiendi ravivastuse hindamisel kasutage vaatlust ja kliinilist intervjuud.
25	Seisundi dünaamika hindamisel on soovitatav kasutada abistavaid küsimustikke (nt EEK-2). Ühe haigusepisoodi vältel kasutage sama küsimustikku.
26	Hinnake ravi kõrvaltoimeid kahe nädalase intervalliga esmase ravivastuseni, edasi 4–12 nädala tagant.
27	Eakatel võiks hinnata seisundit sagedamini (esmase ravivastuseni ühenädalase intervalliga).
28	Ravimite väärtarvitamise kahtluse korral täpsustage olukorda patsiendi ja/või patsiendi pereliikmega.
29	Ravimite väärtarvitamise jätkamisel tuleb ravi muuta.
30	Vajaduse korral kontrollige retseptikeskusest patsiendi ravimite väljaostmist.
Tugev soovitus teha	
Soovitus tugevus	Soovituse tugevus peegeldab seda, kui kindel võib olla, et sekkumisest saadav kasu ületab võimaliku kahju.
Soovitus pigem teha	Soovituse tugevuse määravad järgmised tegurid: - soovitud ja soovimatu toime vahelise erinevuse suurus; - teadusliku tõenduse kvaliteet; - patsientide eelistuste varieeruvuse määr; - ressursikulu.
Soovitus pigem mitte teha	Tugev soovitus antakse, kui on kindel, et enamik hästi informeeritud patsiente otsustaks kõnealuse sekkumise kasuks.
Tugev soovitus mitte teha	Nõrga soovitus puhul on ette näha, et patsiendi suhtumine sekkumise valikuisse sõltub isiklikest väärtustest ja eelistustest, ning arst peab olema kindel, et neid on arvestatud.
	Tugev soovitus on väljendatud sõnadega „tehke, kasutage“, nõrk soovitus väljenditega „võib teha, kaaluge tegemist“.

(Võhma, Suija, Kristjan & Raid, 2015)

LISA 3. “Generaliseerunud ärevushäire ja paanika häire (agorafoobiaga või ilma) käsitus perearsti abis” algoritm – ärevushäire kahtlusega patsiendi käsitus



(Võhma, Suija, Kristjan & Raid, 2015)

LISA 4. “Generaliseerunud ärevushäire ja paanika häire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearsti abis”. Eestis registreeritud ravimid generaliseerunud ärevushäire ja/või paanikahäire raviks

Toimeaine	Olulisemad kõrvaltoimed*	Kasutamine raseduse*/ime-tamise* ajal	Koostoitmed teiste ravimitega	Hoiatused	Annustamine Generaliseerunud ärevushäire	Annustamine Paanikahäire
Selektüüsed serotonini tagasihaarde inhibiitorid (SSTI)						
esitalopraam	liveldus +++, sekuaalidüsfunctioon+++, iiveldus+/, insomniia/agiteeritus++, seedetrakti häired++, suurenenud higistamine++, tahhükardia +, müdriaas+, ninaverejooks+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A	Võimalikud koostoitmed karbamasepiini, MAO-inhibiitorite, metadooni, teofülliini, tramadooli, triptaanide, tritsükliliste antidepressantide, naistepuna, greipfruudimahla ja mõnede mitesteroidsete põletikuvastaste vahenditega.	Vastunäidustatud kasutamine koos MAO-inhibiitoritega (serotoninsündroomi risk) ja pikenenud QT-intervalliga patsientidel.	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 10-20 mg/päevas	Algannus: 5 mg/päevas Harilik annus: 10-20 mg/päevas
tsitalopraam	Insomniia/agiteeritus+/, sekuaalidüsfunctioon+/, pruuritus+/, müalgia+/, müdriaas+, uriinipeetus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A	Tsitalopraami, esitalopraami ja sertralini koostoitmed kliiniliselt vähecolulised.	Ettevaatust glaukoomi ja ebastabiilse epilepsia korral; ravi SSTiga võib muuta glükeemilist kontrolli; võib tekkida hüponatreemia tingituna SIADH-st	Eestis registreeritud näidustus generaliseerunud ärevushäire ravis puudub Algannus: 20 mg/päevas	Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 20-40 mg/päevas
paroksetiin	liveldus +++, sekuaalidüsfunctioon+++, kolesterooli taseme tõus +/, seedetrakti häired+/, insomniia/agiteeritus++, nägemishäired+/, migraalhäired+, tahhükardia+	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A			Harilik annus: 20-50 mg/päevas	Harilik annus: 20-60 mg/päevas
sertraliin	liveldus +++, vertigo+/, sekuaalidüsfunctioon+/, insomniia/agiteeritus+/, faringiiit+, isu suurenemine/väheneimine+/, paresteesia/dreemor+/, tahhükardia+/, müalgia+/, hüpertensioon+, kusepeetus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			Eestis registreeritud näidustus generaliseerunud ärevushäire ravis puudub	Algannus: 25 mg/päevas Harilik annus: 100-200 mg/päevas
Serotonini ja noradrenaliini tagasihaarde inhibiitorid (SNTI)						
duloksetiin	Peavalu ja unisus+/, iiveldus+/, seedetrakti häired+/, sekuaalidüsfunctioon +/, insomniia/agiteeritus+, söögiisu väheneimine/kaalu langus+/, tahhükardia +/, hüpertensioon+, lihaskrambid+/, saged urineerimine+/, müdriaas+, maksaensüümide tõus+, kusepeetus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass B	Võimalikud koostoitmed MAO-inhibiitorite, KNSI toimivate ravimitega, tramadooli, triptaanide, alkoholi ja naistepunaga.	Vastunäidustatud kasutamine koos MAO-inhibiitoritega (serotoninsündroomi risk); maksapuudulikkuse, raske neerupuudulikkuse (kreatiniini kliirens <30 ml/min) ja kontrollimatu hüpertensiooni korral.	Algannus: 30 mg/päevas Harilik annus: 60-120 mg/päevas	Eestis registreeritud näidustus paanikahäire ravis puudub
venlafaksiin	Suukuiutus+/, peavalu+/, iiveldus +/, higistamine +/, sekuaalidüsfunctioon +/, insomniia/agiteeritus +/, kolesterooli tõus +/, müdriaas+/, hüpertensioon+/, kaalu tõus+	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass C	Ettevaatust glaukoomi korral, võib tekkida hüponatreemia tingituna SIADH-st; südame rütmihäirete tekke oht (eriti tahhükardia); ravi SNTiga võib muuta glükeemilist kontrolli	Algannus: 75 mg/päevas Harilik annus: 75-225 mg/päevas	Algannus: 37,5 mg/päevas Harilik annus: 75-225 mg/päevas	

Tritsükililised antidepressandid					
klomipramiin	Kehakaalu tõus ++, antikolinergilised toimed ++, sedatsioon ++, nägemishäired ++, seksuaaldüsfunktsioon ++, higestamine ++, kuumahood ++, galaktorröa ++, transaminaaside tõus ++, paresteesiad ++, tahhükardia ++, muutused EKGst ++	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass A	Koostoiimed MAO- inhibiitorite, levodopa, flukonasooli, terbiinafiini, barbituraatide, karbamasepiini, litiumi, naistepuna ja alkoholiaga. Tüsikililiste antidepressantidega ei tohi ordineerida sümpatomimeetikume – efedriini, isoprenalini, fenüülefriini, fenüülpropanoolamiini, noradrenaliini ega adrenaliini	Vastunäidustatud kasutamine koos MAO- inhibiitoritega (serotoniini sündroomi risk), kitsa-nurga glaukoomi korral. Ettevaatust pikenenud QT-intervalli ja hiljutise müokardiinfarkti korral	Eestis registreeritud näidustus generaliseerunud ärevushäire ravis puudub Algannus: 10 mg/päevas Harilik annus: 25-150 mg/päevas
Antikonvulsandid					
pregabaliin	Pearinglus ++, unisus ++, isu suurenemine ++, ataksia/tremor ++, hõlgne nägemine ++, vertigo ++, joobetunne ++, kehakaalu tõus ++, antikolinergilised toimed ++, eufooria ++, ärritatavus ++, nasofarüngiit ++, tahhükardia ++, lihastõmbelused ++, uriinipidamatus ++	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass B	Farmakokineetilised koostoimed ei ole tõenäolised, kuna pregabaliin eritub peamiselt muutumatul kujul uriini, tema metabolism on inimesel peaaegu olematu, ta ei pärsi in vitro ravimite metabolismi ja ei seondu plasmavalguudega	Võimalik neerupuudulikkuse ja südamepuudulikkuse teke; vajalik korrigeerida diabeediravi. Ettevaatust entsefalopaatia tekivate haiguste korral. Võimalik ravimi kuritarvitamine.	Algannus: 150 mg/päevas Harilik annus: 150-600 mg/päevas Eestis registreeritud näidustus paanikahäire ravis puudub
Bensodiasepiinid					
alprasolaam	Sedatsioon ++, segasus ++, mälu häired ++, ataksia ++, hõlgne nägemine ++, seedetrakti häired ++, hüperprolaktineemia ++, maksafunktsiooni häire ++, kehakaalu muutused ++	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass C	Koostoiimed alkoholi, opioidide, antipsühhootikumide, antiepileptikumide, klosapiini, müorelaksantide, klaritromütsiini, antatsiidide, ketokonasooli ja atorvastatiiniga. Potentseerivad hüpotensiivsete ravimite toimet.	Vastunäidustatud unepäpnoe sündroomi, <i>Myasthenia gravis</i> e, raske hingamis- ja maksapuudulikkuse ja suletud nurga glaukoomi korral, raseduse esimesel trimestril, imetamisel; ettevaatust KNS-i pihurdavate ravimitega ja alkoholiaga; tähelepanu neerupuudulikkuse korral; sõltuvuse ja tolerantsuse kujunemine; võivad põhjustada anterograadset amneesiat; ettevaatust sõltuvushäirete korral	Algannus: 0,75-1,0 mg/päevas Harilik annus: 2-3 mg/päevas Algannus: 5 mg/päevas Harilik annus: 5-30 mg/päevas Algannus: 1,5 mg/päevas Harilik annus: 2-4 mg/päevas Algannus: 3 mg/päevas Maksimaalne annus: 6-12 mg/päevas*
diasepaam	Sedatsioon ++, lihasnõrkus ++, ataksia/tremor ++, hüpotoonia ++, bradükardia ++, seedetrakti häired ++, nägemishäire ++, transaminaaside tõus ++, neutropeenia ++	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass C			Algannus: 1,5 mg/päevas Harilik annus: 2-4 mg/päevas Maksimaalne annus: 6-12 mg/päevas*
lorasepaam	Sedatsioon ++, segasus ++, lihasnõrkus ++, ataksia ++, iiveldus ++. Paljude kõrvaltoimete esinemissagedus on teadmata.	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass C			Algannus: 1,5 mg/päevas Harilik annus: 2-4 mg/päevas Maksimaalne annus: 6-12 mg/päevas*
bromasepaam	Väsimus ++, lihasnõrkus ++ Kõrvaltoimete esinemissagedus teadmata: hüpotensioon, südamepuudulikkus, unetus, vertigo, peavalu, nägemishäired, segasus, ataksia, hingamise pärssimine, suukuivus, diarröa või kõhukinnisus	Rasedus: klass C1 Imetamine: klass B			*Üldine annustamissoovitus ärevusseisundite ravis
oksasepaam	Kõrvaltoimete esinemissagedus teadmata: uimasus, peeringlus, ataksia, peavalu, lihasnõrkus, nägemishäired, hüpotensioon, nahalööbed, libiido langus, iiveldus, tursed, transaminaaside tõus, hallutsinatsioonid, erutus	Rasedus: klass C2 Imetamine: klass A			10-30 mg kolm kuni neli korda ööpäevas*
					*Üldine annustamissoovitus ärevusseisundite ravis

a) +++ väga sage kõrvaltoime ($\geq 1/10$), ++ sage kõrvaltoime ($\geq 1/100$ kuni $< 1/10$), + aegajalt esinev kõrvaltoime ($\geq 1/1000$ kuni $< 1/100$)

b) Rasedus

Klass A – Kontrollitud inimuuringute alusel raseduse ajal kasutamine ohutu

Klass B – Kontrollitud loomkatsete alusel risk puudub, inimesel kontrollitud uuringud puuduvad

Klass C1 – Loomkatsed on näidanud kahjulikku mõju lootele või pole loomuuringuid tehtud, inimesel kontrollitud uuringud puuduvad. Võib kasutada juhul, kui potentsiaalne kasu rasedale õigustab riski lootele.

Klass C2 – Teratogeenset toimet pole näidatud inim- ega loomkatsetes; raseduse (eriti raseduse lõpus) aegne kasutamine võib põhjustada probleeme vastsündinul neonataalperioodis või hiljem.

Klass D – Inimuuringud on näidanud või on suur kahtlus kahjulikule mõjule lootele. Kasutamine raseduse ajal on vastunäidustatud välja arvatud erandolukorras.

c) Imetamine

A – ravimit ei eritu kliiniliselt olulisel määral rinnapiima. Ravimi kasutamisel terapeutilistes annustes imetuse ajal puudub kahjulik toime lapsele

B – ravimi eritumisest rinnapiima puuduvad uuringud. Teave kasutamise turvalisuse kohta imetuse ajal on puudulik.

C – olemasolevate teadmiste alusel eritub ravimit rinnapiima olulisel määral. Imetamise aegne kasutamine võib põhjustada kõrvaltoimeid lapsel. Ravimit võib kasutada juhul, kui potentsiaalne kasu emale õigustab riski imikule.

D – vastunäidustatud kasutamine imetamisel ajal, kuna võib põhjustada lapsel olulisi kõrvaltoimeid.

(Võhma, Suija, Kristjan & Raid, 2015)

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele ideedele või andmetele.

Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace.

Geia Randma